

---

**Behandlungsvertrag  
über die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen**

Paracelsus Roswithaklinik

zwischen

---

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

---

Postleitzahl

Wohnort des Patienten

Straße und Haus-Nr.

und

Paracelsus Roswithaklinik

---

als Rechtsträger der Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim GmbH, Dehneweg 6, 37581 Bad Gandersheim

über die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen (stationär, teilstationär und ambulant) zu den in den derzeit geltenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) niedergelegten Bedingungen der Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim GmbH.

**Hinweis:**

**Für den Fall, dass die Behandlungskosten nicht durch einen Sozialleistungsträger oder einen sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträger oder eine private Zusatzversicherung übernommen werden, ist der Patient ganz oder teilweise selbst zur Zahlung des Entgeltes für die Klinikleistungen verpflichtet.**

Die o.g. Paracelsus-Einrichtung rechnet die Behandlungskosten bei gesetzlich Versicherten direkt mit dem zuständigen Kostenträger ab. Etwaige Eigenanteile und Zuzahlungen, die der Patient nach gesetzlichen Vorschriften zu tragen hat, werden dem Patienten gesondert berechnet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten

---

Unterschrift des Klinikmitarbeiters

---

**Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Sorgeberechtigter / Betreuer:**

---

Name, Vorname und Anschrift des Vertreters

---

Unterschrift des Vertreters

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige hiermit, jeweils eine Ausfertigung

- des Behandlungsvertrages
- der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
- der Einwilligung in die Datenübermittlung an Ärzte und sonstige Vor- und Weiterbehandler
- der Information gegenüber Patienten im Klinikbereich Reha auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO
- der Patienteninformation und Einwilligung in das Entlassmanagement
- der Hausordnung

erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Vertreters